

# Kwaliteitsplan 2021

## Mienskipssintrum Leppehiem

### Akkrum



November 2020

## Inhoudsopgave

|   |    |
|---|----|
| Inleiding .....                           | 3  |
| Visie op kwaliteit .....                  | 3  |
| Hoofdstuk 1 Profiel zorgorganisatie ..... | 4  |
| Hoofdstuk 2 Kwaliteitsbeleid 2021 .....   | 7  |
| Hoofdstuk 3 Verbeterparagraaf .....       | 16 |

## Bijlage

|   |    |
|---|----|
| Bijlage 1: Planning acties 2021 Kwaliteit 2021..... | 20 |
|---|----|

## Inleiding

Voor u ligt het kwaliteitsplan van Mienskipssintrum Leppehiem.

De kwaliteitsdoelstellingen die in het plan worden beschreven zijn tot stand gekomen vanuit het meerjaren beleidsplan, de jaarlijkse kaderbrief, de uitkomsten van de WOL-scan, interne audits en het bezoek van de IGJ. Een aantal kwaliteitsdoelstellingen maakt onderdeel uit van het meerjarenplan voor aanvraag van middelen in het kader van Waardigheid en Trots en tevens zijn doelstellingen opgenomen die onderdeel uitmaken van de aanvraag voor een kwaliteitsbudget voor de verdere implementatie van het kwaliteitskader verpleeghuiscare in de organisatie.

### Visie op kwaliteit

*Uitgangspunt: Kwaliteitsontwikkeling vindt vooral plaats in de samenwerking tussen bewoners/familie en zorgteams*

Persoonsgerichte zorg centraal: wat heeft bewoner en geliefden nodig om zich comfortabel te voelen? Deze persoonsgerichte zorg willen we van goede kwaliteit laten zijn.

Onze visie op kwaliteit is dat wij net iets meer doen dan men verwacht. Dat doen we in een omgeving die veilig is. We vinden het gewoon om elkaar feedback te geven en we mogen al struikelend leren. Door met elkaar te leren, uit te voeren, te evalueren en bij te stellen, willen wij onze zorgverlening doorlopend verbeteren.

Daar bij de cliënt wordt kwaliteit in de ultieme vorm ervaren. De zorgverleners die de zorg voor deze cliënt uitvoeren doen dit op een kwalitatieve goede en veilige manier. Mienskipssintrum Leppehiem ondersteunt en faciliteert de zorgverleners hierbij. We sluiten aan bij de praktijk situatie en vandaar uit ontwikkelen we altijd samen met zorgverleners beleid, getoetst aan de wettelijke kaders.

We zijn terughoudend in het maken van beleidsstukken: wanneer we beleid ontwikkelen doen we dat alleen wanneer het ten dienste staat van concrete resultaten in de praktijk. Daarnaast maken we kwaliteitsbeleid samen met vertegenwoordigers van bewoners (Cliëntenraad) en vertegenwoordigers van medewerkers (Ondernemingsraad/ Verpleegkundige en Verzorgende Advies Raad). Door middel van inspraak, samenspraak en ook tegenspraak bereiken we dat we de hoogst mogelijke kwaliteit kunnen bieden. We zijn transparant in onze manier van werken en leggen verantwoording af aan belanghebbenden.

## Hoofdstuk 1 Profiel zorgorganisatie

### 1.1. Structuur van het concern

#### *Juridische structuur*

Mienskipssintrum Leppehiem is statutair vastgelegd als Stichting Verzorgingscentra Utingeradeel. Leppehiem heeft één locatie in Akkrum die geregistreerd is bij de Kamer van Koophandel onder nummer 41000048.

#### *Besturingsmodel*

In Mienskipssintrum Leppehiem krijgen de verzorging en de verpleegkundigen ruimte om hun vak uit te oefenen. Ze worden daarbij ondersteund door twee Managers Zorg en Welzijn, controller, personeelsadviseur en de bestuurder. Daarnaast is er een Raad van Toezicht actief.

#### *Toelatingen*

Leppehiem heeft een toelating (Wet Toelating Zorginstellingen) voor het leveren van WLZ functies en functies met betrekking tot de Zorgverzekeringswet. Tevens heeft Leppehiem een toelating voor het leveren van verpleeghuiszorg. Daarnaast heeft Leppehiem gunningen voor levering van diensten in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

#### *Medezeggenschapstructuur*

De formele medezeggenschapstructuur in Leppehiem ziet er als volgt uit: er is een cliëntenraad die de belangen van de cliënten in Leppehiem behartigt. Daarnaast is er sinds 1990 een ondernemingsraad ingesteld voor de behartiging van de belangen van de medewerkers. Op dit moment worden de leden voor de nieuw te vormen Verzorgende en Verpleegkundige Adviesraad (VVAR) geworven.

### 1.2. Ambitie Leppehiem

#### *In welke behoefte voorziet Leppehiem?*

Mienskipssintrum Leppehiem wil al haar mogelijkheden binnen zorg en welzijn gebruiken om alle kwetsbare ouderen in midden Fryslân te helpen zelfstandig te blijven wonen. Als de leefsituatie erom vraagt, biedt Leppehiem een thuis.

#### *Wat wil Leppehiem betekenen voor de samenleving?*

Leppehiem wil onderdeel zijn van Akkrum en omgeving en biedt een leefomgeving dichtbij voorzieningen. Dit maakt het woonzorgcentrum levendig en toegankelijk. Het welbevinden van onze cliënten/bewoners is het uitgangspunt van de zorg die Leppehiem biedt. Dit kenmerkt zich door persoonlijke en oprechte aandacht die de medewerker geeft.

Kwetsbare ouderen kunnen door Leppehiem in eerste instantie ondersteund worden met zorg in de thuissituatie.

Leppehiem biedt ook een fijn thuis als de leefsituatie zodanig wijzigt, dat een woonomgeving met intensievere zorg en ondersteuning wenselijk is.

De zorg en ondersteuning binnen Leppehiem wordt verleend vanuit de kernwaarden professioneel, respectvol, vrij en ondernemend. De medewerkers worden gefaciliteerd om deze zorg te kunnen bieden. De betrokkenheid van mantelzorgers en vrijwilligers is hierbij onmisbaar.

### 1.3. Zorg en dienstverlening

#### Zorgsoorten

- Zorg met verblijf in het kader van de Wet Langdurige Zorg (zowel met als zonder behandeling en behoort tot een accommodatie waar onvrijwillige zorg ingezet mag worden): Leppehiem levert zorg in het kader van de Wlz (verpleeghuiscare, verzorgingshuiscare). Dit betreft de zorgzwaartepakketten 4 t/m 6 en 8 zonder behandeling en de zorgzwaartepakketten 5 t/m 8 met behandeling. Daarnaast wordt tevens zorg geleverd in het kader van de Wlz op basis van het Volledig Pakket Thuis (VPT) 4 t/m 6 zonder behandeling en het Modulair Pakket Thuis (MPT).
- Wijkverpleegkundige Zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet
- Eerstelijnsverblijf in het kader van de Zorgverzekeringswet
- Ondersteuning (huishoudelijke hulp in de aanleunwoningen, dag ondersteuning, thuisondersteuning en persoonlijke verzorging) in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning

#### Daarnaast levert Leppehiem een aantal diensten:

- Opvolging alarmering
- Maaltijdservice
- Restaurant
- Sociaal culturele activiteiten (tijdens coronaperiode zijn deze beperkt)

Op het gebied van de levering van multidisciplinaire zorg werkt Leppehiem samen met Patyna. Onder andere de Specialist Ouderengeneeskunde en de psycholoog, maar ook eerstelijns specialisten als fysiotherapie, ergotherapie en diëtië worden via Patyna ingehuurd. Er zijn in overeenstemming met Patyna duidelijke afspraken gemaakt betreffende procedures en verantwoordelijkheden.

### 1.4. Werkgebied

Mienskipssintrum Leppehiem is werkzaam binnen zorgkantorregio 18 (Fryslân). Het werkgebied strekt zich uit van het 'Lege Midden' tot en met de 'Lege Geaen'. Concreet behoren de volgende dorpen tot het werkgebied van Leppehiem.

| <b>Gemeente Heerenveen</b> | <b>Gemeente Leeuwarden</b> | <b>Gemeente Súdwest Fryslân</b> | <b>Gemeente De Fryske Marren</b> |
|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Akkrum                     | Jirnsum                    | Raerd                           | Terherne                         |
| Aldeboarn                  | Grou                       | Dearsum                         |                                  |
| Nes                        | Reduzum                    | Poppenwier                      |                                  |
| Nieuwebrug                 | Friens                     | Tersoal                         |                                  |
| Haskerdijken               | Idaerd                     | Sibrandabuorren                 |                                  |
|                            | Eagum                      |                                 |                                  |
|                            | Wergea                     |                                 |                                  |
|                            | Warten                     |                                 |                                  |
|                            | Warstiens                  |                                 |                                  |
|                            | Wirdum                     |                                 |                                  |
|                            | Swichum                    |                                 |                                  |

## 1.5. Maatschappelijke betrokkenheid

Mienskipssintrum Leppehiem maakt onderdeel uit van de regio en de regio van Leppehiem. Het blijvend versterken van de verbinding met de regio en het vergroten van de mogelijkheden tot het bieden van zorg- en dienstverlening die deze rol versterken is onderdeel van het beleid. De maatschappelijke betrokkenheid van Leppehiem is terug te vinden in veel facetten van de organisatie:

### *Mienskipssintrum*

In Mienskipssintrum Leppehiem zijn veel maatschappelijke organisaties gehuisvest. Dit vergroot de leefbaarheid van het wooncentrum en bevordert de maatschappelijke integratie.

### *Personeel en vrijwilligers*

Een groot deel van de medewerkers woont in de regio waarin Leppehiem ook zorg en diensten levert. De betrokkenheid van de regio bij onze organisatie is groot. Dit blijkt ook uit het feit dat er op dit moment ongeveer 135 vrijwilligers zijn die zich inzetten voor Leppehiem.

### *Leveranciers*

De eigen regio is belangrijk. Daarom is het van belang de inkoop te gunnen aan regionale leveranciers. Lokale leveranciers zijn over het algemeen beter in nalevering. Op lange termijn zit de waarde in het krijgen van maatwerk en een snelle levertijd. Een goede verstandhouding vertaalt zich in kwaliteit.

## Hoofdstuk 2 Kwaliteitsbeleid

Dit Kwaliteitsplan heeft een relatie met het document "Plan van aanpak en aanvraag Kwaliteitsbudget 2020-2021".

Het Kwaliteitsbudget gebruiken we enerzijds om de persoonsgerichte zorg, inclusief wonen en welzijn, op een hoger niveau te brengen:

- Basisbezetting op orde brengen: formatie aan de afdeling toevoegen, waardoor welzijn en zorg met elkaar in evenwicht worden gebracht
- Faciliteiten creëren voor dag-invulling: een dagbesteding in groepsverband nabij de afdeling blijven aanbieden

Hieronder volgt een overzicht van de verbeteritems voor 2021 ingedeeld naar thema van het Kwaliteitskader.

### 2.1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

*Vervolg programma "U woont nu hier" – Gerke de Boer*

- Dit programma wordt in 3 groepen doorlopen, achtereenvolgend in de tijd. De eerste en tweede groep hebben het volledige programma doorlopen, de laatste groep heeft het bijna afgerond.
- Alle medewerkers van de organisatie doorlopen deze scholing
- De scholing/intervisie wordt begeleid door interne docenten (uit diverse functies)

*In kaart brengen van levensloop*

Door een groep leerlingen is vanuit een stage opdracht een nieuw formulier ontwikkeld met betrekking op het in kaart brengen van de levensloop van bewoners. Hiermee willen we bereiken dat we nog beter aan kunnen sluiten bij de ervaringen en interesses van bewoners en nog persoonsgericht kunnen werken. Op dit moment onderzoeken we de mogelijkheden van het integreren van dit document in het elektronische cliënten dossier.

*Aandacht voor alle levensdomeinen*

We willen onze medewerkers leren om meer oog te hebben voor alle levensdomeinen; zinvolle tijdsbesteding, wooncomfort, veiligheid en sociale contacten. We willen een geïntegreerd aanbod van zorg en welzijn aan bewoners bieden, waarbij zingeving niet los van de zorgtaken kan worden gezien, maar waar juist alle levensdomeinen zijn gekoppeld. Bij Leppehiem zullen verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden tijdens hun dienst tevens aandacht gaan besteden aan zingeving en zinvolle dag invulling van cliënten. De welzijnscoaches zijn over de afdelingen verdeeld en kunnen hierbij de zorgmedewerkers en de woonzorgondersteuners coachen. In het Leefzorgplan worden de activiteiten van de bewoners in de agenda beschreven en waar wenselijk wordt een individueel aanbod aan activiteiten gedaan.

*Betrekken client en/of clientvertegenwoordiger bij Leefzorgplan*

De client en/of diens vertegenwoordiger worden betrokken bij het opstellen en evalueren van het zorgleefplan.

*Coachende rol verpleegkundigen*

- Samen met het (multidisciplinair) team leren het persoonsgericht werken te organiseren (in de praktijk toe te passen)
- Zij hebben het afgelopen jaar een scholing gevolgd om de coachende rol in praktijk te brengen. In 2021 zal dit verder doorontwikkeld worden.
- Coaching van de Verpleegkundigen hierop door de Managers Zorg en

## 2.2. Wonen en Welzijn

### *Zinvolle tijdsbesteding en activiteiten*

- Op basis van de individuele wensen (met meer aandacht voor levensvragen en zingeving) worden zinvolle tijdsbestedingsactiviteiten ontwikkeld. De zorgmedewerkers, de woonzorgondersteuners en welzijnscoaches werken hierin integraal samen.
- Gebruik cliënt agenda  
Om goed in beeld te hebben hoe de week er voor een cliënt uit ziet wordt het gebruik van een digitale client agenda in het zorgdossier ingevoerd. Zo wordt duidelijk hoe de week voor de cliënt gevuld is (soort, frequentie en verdeling van activiteiten) in relatie tot de wens van cliënt.
- Het creëren van een voorziening (huiskamers) voor dagbesteding dichtbij de afdeling, zodat er een oplossing op maat en een zinvolle dag invulling kan worden gerealiseerd voor cliënten die hier behoefte aan hebben en baat bij hebben. Het afgelopen jaar is de derde huiskamer gerealiseerd, zodat nu op elke somatiek afdeling een eigen huiskamer is. Er is gekeken naar de grootte van de groep en de mate van prikkeling die wenselijk is voor de doelgroep die voor een zinvolle dag deze huiskamer het meest nodig zijn.
- Aandacht voor levensvragen: is onderdeel van het persoonsgerichte zorgprogramma "U woont nu hier". De welzijnscoaches hebben oog voor deze vragen en maken dit bespreekbaar met de cliënt. Zo nodig wordt pastoor, dominee of iemand van humanistisch verbond ingeschakeld. Een van de zorgmedewerkers heeft een aantal uren waarin hij gesprekken met bewoners voert over diens levensvragen. Dit gebeurt op aanvraag van de bewoner.

### *Familie participatie en vrijwilligers*

In één van de modules van het scholingsprogramma 'U woont nu hier' komt dit onderwerp aan de orde. Er zijn nieuwe vrijwilligers geworven in 2020, wat ook voor 2021 een aandachtspunt blijft. Tijdens de corona periode zijn er een aantal oudere vrijwilligers, die zelf tot de risicogroepen behoren, afgehaakt.

Familie kunnen we nog meer betrekken bij het dagelijks leven van de cliënt. In 2021 gaan we aandacht besteden aan de verwachtingen die we over en weer hebben over het verblijf binnen Leppehiem. Wat kan Leppehiem bieden en wat kan vanuit het netwerk van de client gedaan blijven worden. Wat kan familie verwachten vanuit de zzp financiering en hoe kunnen we gezamenlijk een oplossing vinden voor eventuele behoefte aan uitbreiding van de faciliteiten en ondersteuning, buiten het zzp pakket vallend. De driehoek tussen client, familie en organisatie is hierin belangrijk. Met elkaar kunnen we tot de best mogelijke kwaliteit van leven komen.

### *Maaltijden*

In 2021 wordt opnieuw gekeken naar de manier waarop we met eten en drinken omgaan binnen Leppehiem. Wij gaan werken met het concept 'Smaak van het huis'. We geloven dat goed en voldoende eten en drinken bijdraagt aan algeheel welbevinden, herstel bevordert en ondervoeding voorkomt. Hierbij gaat ook gekeken worden of het aanbieden van meer momenten van eten hieraan bijdraagt: van het aanbieden van drie volledige maaltijden per dag naar zes momenten met kleinere hoeveelheden. Het hoofd Voeding gaat in 2021 structureel met de teams in overleg om continu te kunnen verbeteren op het gebied van Eten en Drinken.

### *Leefomgeving*

PG vriendelijk maken van het gebouw. Cliënten van de PG-afdelingen hebben ondanks de behoefte aan structuur en veiligheid ook bewegingsvrijheid nodig die binnen de huidige setting niet altijd optimaal is. De omgeving zal PG vriendelijker gemaakt worden, zodat cliënten meer ruimte en vrijheid ervaren. Het doel hierbij is om de mate van ervaren vrijheid te vergroten, zonder dat de veiligheid afneemt. Hierbij kan onder andere gedacht



worden aan: veilige plekken in het gebouw creëren, cosmetische barrières aanbrengen zoals posters op deuren en werken met licht en donker, veilig bereikbare buitentuin die uitnodigt om te bewegen, benutten van technische mogelijkheden zoals slimme domotica.

Daarnaast is er in 2020 ook aandacht voor het meer uitnodigend maken van de omgeving, zoals het verhogen van sfeer in een aantal gangen (muurposters, bankjes, etc.). Medewerkers van deze afdelingen krijgen ondersteuning in de vorm van kennisoverdracht, in het realiseren van een stimulerende omgeving en dag structuur.

#### *Gebruik van Snoezel ruimte*

Eind 2019 is er een snoezel ruimte ingericht, met diverse vormen van sensorische stimulatie, voor een rustgevend of juist prikkelend effect. In 2020 is deze ruimte minimaal gebruikt, vanwege de beperkingen binnen het corona beleid. In 2021 gaan we deze ruimte weer intensief gebruiken. Cliënten kunnen hier met familie of een welzijnscoach gebruik van maken.

### **2.3. Veiligheid**

#### *Kwaliteit doen we samen*

We willen kwaliteit dichtbij de bewoner organiseren en dat betekent dat we veelvuldig in gesprek zijn en gaan met medewerkers. Alle protocollen worden bijgesteld in samenspraak met een afvaardiging en de verpleegkundigen leveren input op inhoudelijke vraagstukken. Vanaf 2021 vervult de VVAR hier ook een rol in. Tijdens team overleggen staat kwaliteit als centraal en steeds terugkerend thema op de agenda.

#### *Aandachtsvelders*

Na invoering van het functiehuis gaan we aandacht besteden aan het inrichten van aandachtsvelden, met aandachtsvelders die de drie doelgroepen vertegenwoordigen: PG, Somatiek en Extramuraal. Deze aandachtsvelders worden expert op een aandachtsveld en zorgen voor verspreiding binnen hun doelgroep/afdeling, vanuit de volgende drie rollen: adviseur (informatie overbrengen), onderzoeker (doen van korte audits) en coach (collega's helpen om op de juiste manier te handelen/werken). De aandachtsvelden zijn in 2020 onder de verpleegkundigen verdeeld en zij hebben een coördinerende rol voor het betreffende aandachtsgebied.

In 2021 worden onderstaande thema's verdeeld over de maanden van het jaar, zodat we elke maand met een Maandthema gaan werken. In deze maand staat een van de thema's centraal, met aandacht voor de praktijk, informatie en kennisoverdracht. De thema's op het gebied van veiligheid behoeven jaarlijks extra aandacht. De richtlijnen veranderen, de komst van nieuwe medewerkers, de veelheid aan informatie, vragen structureel onder de aandacht brengen van de belangrijkste thema's.

De volgende thema's staan in 2021 centraal:

- Medicatieveiligheid: alertheid op BEM score, overeenkomen van toedienlijst en actueel medicatie overzicht, bekendheid veilige principes in medicatie keten
- Melden incidenten en ongevallen: elektronische registratie van de meldingen, maandelijkse overzichten, analyses.
- Hygiëne- en infectiepreventie: scholing het gebied van hygiëne (handhygiëne, kleding, schoonmaak, griepvrij, covid-19).
- Wondzorg: bevorderen deskundigheid, invloed voedsel op wondgenezing en preventie
- Mondzorg; meer alertheid op het belang van goede mondzorg
- Wet Zorg en Dwang: bijhouden van de kennis en ontwikkelingen, casusbesprekingen (onder begeleiding van SOG en verpleegkundige). Er is op dit gebied ondersteuning aangevraagd bij Waardigheid en Trots op Locatie.
- Hulpmiddelen: inzet van ergo coaches, inzet en gebruik van juiste hulpmiddelen

- Palliatieve zorg/Advanced Care Planning: beter en eerder in kaart brengen van wensen en behoeften bewoners op dit gebied, scholing medewerkers, gebruik van Zorgpad Stervensfase
- Valpreventie: bewustwording, scholing, terugbrengen van aantal valincidenten, werken met een valrisico inventarisatie
- Zorginnovatie: verdere introductie van de heupairbag (WOLK), met als doel het terugdringen van letsel als gevolg van vallen

#### *Indicatoren*

Naast de aandacht voor de verplichte indicatoren (bespreken medicatieveiligheid in team, eten en drinken, advanced care planning) is binnen Leppehiem in 2020 de keuze gemaakt om deze aan te vullen met:

- Medicatie review: het nieuw ontwikkelde document hiervoor is in de praktijk ingevoerd en bijgesteld aan de hand van de evaluatie. In 2021 willen dit proces volgen, bijstellen en borgen.
- Middelen en maatregelen rondom vrijheid: de Wet Zorg en Dwang vraagt van ons dat we anders omgaan met vrijheid. Voor 2021 blijft het van belang om hier veelvuldig over in gesprek te blijven en te blijven zoeken naar alternatieve mogelijkheden.

#### *Geautomatiseerd systeem derden*

In samenwerking met de huisartsen en de apotheek willen we in 2021 gaan werken met één geautomatiseerd systeem waarin het gehele proces van voorschrijven tot toediening in geregistreerd kan worden. Eind 2020 worden hiervoor de eerste voorbereidingen getroffen.

## **2.4. Leren en verbeteren**

#### *Individuele ontwikkeling*

Feedback geven en ontvangen is nog niet stevig verankerd binnen de dagelijkse praktijk. In 2021 gaan we een pilot draaien met 360 graden feedback waarin medewerkers van verschillende collega's feedback ontvangen, welke input is voor individuele en teamontwikkeling.

#### *Teamontwikkeling*

In 2020 gaan we tijdens de team overleggen werken met een vaste agenda, waarin een aantal kwaliteitsonderwerpen standaard terugkomen op de agenda (onder andere het bespreken van medicatieveiligheid en mic meldingen). Daarnaast gaat elk team een Team ontwikkelplan maken. Input hiervoor wordt geleverd door: eigen bevindingen medewerkers, vervolg scan Kwaliteitskader Waardigheid en Trots op Locatie, interne audits.

#### *Verpleegkundig overleg*

In dit overleg worden de kwaliteit thema's besproken, beleid en protocollen doorgenomen en van nieuwe input voorzien waarna deze bijgesteld worden.

#### *Kwaliteitsdialoog*

In 2020 is een start gemaakt met een nieuw overleg in dialoogvorm tussen iedere verpleegkundige afzonderlijk met de manager Zorg en Welzijn. In dit overleg worden kwaliteit issues besproken, verbeteracties uitgezet en gemonitord. De insteek is om dit in gezamenlijk dialoog te doen, waarbij in gelijkwaardigheid gezocht wordt naar mogelijkheden ter verbetering.

#### *Werken volgens de pdca cyclus*

Het methodisch en planmatig werken behoeft nog aandacht. Vaak worden er wel een plan gemaakt en begonnen met uitvoeren. Het daadwerkelijk afmaken van de acties, het

evalueren en borgen is nog niet structureel onder de aandacht. Binnen de diverse overleggen zal het werken volgens de pdca cyclus structureel aandacht krijgen.

#### *Kwaliteit Verbeter Cyclus (KVC)*

Eind 2020 wordt een start gemaakt in de teams met het werken met het KVC model (Vilans), onder begeleiding van de coach vanuit het traject Waardigheid en Trots op Locatie. Elk team doorloopt meerdere malen deze cyclus, waarbij zij naar gelang de uitkomsten keuzes maken voor verbeter thema's en deze uitwerken en volgen.

#### *Interne audits*

Leppehiem heeft in het najaar van 2019 proef gedraaid met interne audits op basis van het Kwaliteitskader. Deze audits zijn uitgevoerd door de coach Waardigheid en Trots op Locatie en de Kwaliteitsadviseur. Deze interne audits zijn in 2020 gecontinueerd. In 2021 gaan we hier mee door en worden interne collega's opgeleid om dit mee vorm te geven.

#### *Vervolg Scan Kwaliteitskader*

In september 2020 heeft er een herhaalscan Kwaliteitskader plaatsgevonden. Er is opnieuw een enquête uitgezet onder medewerkers en cliënten/familie. Op basis van de uitkomsten is een terugkoppeling verzorgd door scanners vanuit Vilans. De benoemde aandachtspunten uit de scan en de terugkoppeling zijn terug te vinden in de Verbeterparagraaf.

#### *Lerend netwerk*

Het verder vormgeven van het lerend netwerk (op alle niveaus in de organisatie). Op diverse afdelingen zijn de eerste contacten met twee organisaties gelegd (Hof en Hiem, Zorgcentrum 't Bildt), wat in 2021 verder uitgebreid gaat worden.

## **2.5. Leiderschap, governance en management**

#### *Organisatie opstelling*

In het najaar van 2020 hebben we als Leiderschapsteam en de hoofden een organisatie opstelling gedaan. Onder deskundige begeleiding hebben we met elkaar de patronen binnen Leppehiem nader bekeken. Daaruit bleek dat betrokken worden, ruimte en kaders krijgen van groot belang is binnen de cultuur van Leppehiem.

In dat kader organiseren we in 2021 drie keer per jaar een medewerkers bijeenkomst, waarin de ontwikkelingen van dat moment gedeeld worden en waar ruimte is voor de medewerkers om vragen te stellen aan het Leiderschapsteam.

Ook voor bewoners worden er mogelijkheden gecreëerd om vragen te stellen.

#### *Meelopen bestuurder*

De bestuurder is sinds september 2019 verbonden aan Leppehiem. Zij heeft al meerdere malen meegelopen op alle afdelingen binnen Leppehiem, wat van beide kanten als zeer waardevol wordt ervaren. Uitkomsten van deze meeloop momenten worden gedeeld in het Leiderschap Team en waar nodig worden acties uitgezet. Een deel van de meeloopdagen is komen te vervallen vanwege de corona periode. Ook in 2021 worden er weer structureel meelopen dagen van de bestuurder ingepland.

#### *Sturen en coachen op kwaliteit*

Kwaliteit van zorg is een steeds terugkerend onderwerp op de agenda van het Leiderschap Team. Zo wordt bijvoorbeeld maandelijks de meldingen incidenten en ongevallen besproken. In de communicatie naar medewerkers wordt het belang van kwaliteit van zorg én van leven veelvuldig benoemd, waarbij altijd ondersteuning aangeboden wordt vanuit het Leiderschapsteam.

Het in 2020 ontwikkelde Kwaliteit Management Systeem wordt maandelijks binnen het Leiderschapsteam besproken en alle metingen worden volgens een jaarlijkse cyclus uitgevoerd.

### *Ondersteunende diensten*

In 2020 is er een eerste aanzet geweest in een beoogde samenwerking binnen het Lerend Netwerk op het gebied van de ondersteunende diensten, vanuit de afdelingen HRM, ICT, Inkoop en Kwaliteit. Door de corona periode heeft dit project nog niet de voortgang gekregen die aan het begin van het jaar bedoeld was. In 2021 wordt dit verder opgepakt.

### *Strategisch plan*

In begin 2020 zijn we gestart met een traject van het ontwikkelen van een strategisch plan. Dit doen we gezamenlijk met vertegenwoordiging van interne en externe stakeholders. Met elkaar ontwikkelen we scenario's en strategie en stellen we doelstellingen vast. Dit traject heeft de afgelopen periode stil gelegen, vanwege de beperking op het aantal aanwezigen personen in een ruimte en tijdens een bijeenkomst. Wanneer het weer mogelijk is om met grotere groepen bij elkaar te komen, wordt dit traject vervolgd en zal doorlopen in de eerste helft van 2021.

### *Professionele inbreng*

- De bestuurder en Managers Zorg en Welzijn hebben regelmatig overleg met de Specialist Ouderen Geneeskunde, betreffende de kwaliteit van zorg
- Jaarlijks is er een evaluatie met Huisartsen en Specialist Ouderen Geneeskunde
- De Verzorgenden en Verpleegkundigen Advies Raad (VVAR) is in oprichting en gaat in 2021 van start

### *Doelgroepenbeleid*

In 2020 wordt een nieuw doelgroepenbeleid vormgegeven, welke vanwege de eerder genoemde beperkingen, in 2021 een verder vervolg heeft.

## **2.6. Personeelssamenstelling**

### *Voldoende personeel*

Middels het Kwaliteitsbudget willen we ruimte creëren voor de extra inzet van helpenden op de intensieve zorgmomenten en voor de bezetting op de (extra) huiskamer. We verwachten hierdoor een beter evenwicht tussen zorg en welzijn op de afdeling, doordat medewerkers de rust en de ruimte voelen om aandacht te besteden aan het welzijn van cliënten.

Daarnaast wordt er een plan van aanpak gemaakt op behoudt van huidig personeel en instroom nieuwe medewerkers.

### *Verpleegkundige aanwezigheid vergroten*

We willen er voor zorgen dat 24 uur per dag een verpleegkundige op de locatie Leppehiem aanwezig is voor de verpleegkundige zorg en triage. Inmiddels is de verpleegkundige aanwezigheid dagelijks geborgd tussen 7.00 en 23.00 uur. In de nacht wordt er, indien nodig, gebruik gemaakt van ambulante verpleegkundige zorg, welke binnen 30 minuten ter plaatse kunnen zijn. Voor 2020 en 2021 worden er nieuwe verpleegkundigen opgeleid, zodat de verpleegkundige kennis bij meer medewerkers aanwezig is. Daarnaast is er een triage model in ontwikkeling waarmee vanaf december 2020 een start gemaakt wordt. In 2021 wordt dit model verder ingevoerd en geëvalueerd.

### *ZZP Formatietool*

In 2020 zijn we begonnen met de invoering van een nieuw formatietool. Hierbij worden de beschikbare ZZP's gekoppeld aan de benodigde formatie. Op deze manier wordt in kaart gebracht op welke afdelingen en op welke momenten het zwaartepunt van de zorg ligt, waarna de roosters hierop aangepast kunnen worden. In 2021 blijven we op deze

manier werken en wordt de zelfstandigheid van de teams in het zelf werken met dit model vergroot.

#### *Geautomatiseerd roostersysteem*

In 2020 is dit systeem ingevoerd. De roosters worden volgens de SBB methodiek gemaakt. In 2021 gaan de teams zelf een basisrooster maken met behulp van de planner, wat de basis vormt voor de planning gedurende dat jaar.

#### *Deskundigheid*

Ook in 2021 wordt er weer volop gewerkt aan deskundigheidsbevordering.

Binnen het scholingsplan 2021 wordt er aandacht besteedt aan de volgende thema's:

- Intern opleiden tot hoger functie niveau (verzorgende -3IG en verpleegkundige niveau 4)
- Scholing verdiepende kennis dementie
- Persoonlijke ontwikkeling (scholing contactverzorgenden, VVAR)
- Intervisie: voorzetting van de intervisie groepen zoals die in werking zijn gegaan in 2020 vanuit de scholing "U woont nu hier"
- Kwaliteitsthema's (voorbehouden handelingen, tiltechnieken, hygiëne- en infectiepreventie, Wet Zorg en Dwang, domotica)
- Vakgerichte opleidingen (voor medewerkers keuken, huishouding, receptie)
- Bedrijfs hulpverlening (basis en herhaling, preventie medewerker)

#### *Persoonlijke ontwikkeling*

In 2021 wordt de 360 graden feedback ingevoerd. Medewerkers kunnen bij een voor hen vertrouwde collega feedback vragen. De hierin genoemde kwaliteiten geven bevestiging en bekrachtiging van hun ontwikkeling. De genoemde aandachtspunten kunnen door de medewerker met eventuele ondersteuning opgepakt worden om zo verder door te ontwikkelen. De medewerker is hierin zelf in de lead en de leidinggevende ondersteund waar nodig. Dit is dan ook geen beoordelingsmodel.

#### *Eigenaarschap in elke functie*

Vanuit het verleden is Leppehiem een organisatie met sturend management. De huidige bestuurder en leidinggevendenden geven ruimte en kaders, zodat medewerkers zelf initiatief kunnen en mogen nemen en eigenaarschap kunnen vertonen binnen elke functie. In 2021 wordt gewerkt aan meer duidelijkheid over wie nu wat mag/moet doen, passende bij de functie omschrijving.

## **2.7. Gebruik van hulpbronnen**

#### *Geautomatiseerd roosterprogramma*

Dit programma is inmiddels geïmplementeerd. Voor 2021 is het zaak om diverse aanvullende mogelijkheden van het systeem verder te gaan benutten.

#### *Domotica*

In 2021 wordt aandacht besteed aan de optimalisatie van de inzet en gebruik van de aanwezige domotica. Daarnaast wordt geïnventariseerd welke onderdelen aan vervanging toe zijn.

#### *Arbeidsbesparende zorgtechnologie*

Leppehiem is sinds 2020 deelnemer van de pilot Arbeidsbesparende Zorgtechnologie. De thema's hierin zijn: Expertise zonder afstand, Incontinentie en Heupairbag. In 2020 is er binnen Leppehiem een pilot Heupairbag opgestart. In 2021 gaan we verder met de implementatie van de heupairbag en start er nog een tweede innovatief project: de implementatie van 'slim' incontinentiemateriaal (technologie dat inzicht geeft in het ideale moment van vervanging van het incontinentiemateriaal bij de cliënt).

### *Werken volgens richtlijnen*

Waar de Kick protocollen van Vilans goed vindbaar en toegankelijk zijn, is dat anders voor een deel van de interne protocollen. In 2020 wordt er een start gemaakt met een nieuwe overzichtelijke indeling van het Kwaliteitshandboek, worden protocollen gescreend ben bijgesteld en worden er gebruikersvriendelijke versies van protocollen gemaakt. Dit heeft een vervolg in 2021.

Ook vanuit P&O worden de werkprocessen en het handboek opnieuw onder de loep genomen.

### *Gebruik van hulpmiddelen*

In 2021 worden de ergo coaches in stelling gebracht met betrekking tot het gebruiken van de hulpmiddelen en op de juiste manier hiervan.

## **2.8. Gebruik van informatie**

### *Privacy beleid*

In 2021 wordt een check gedaan op de manier waarop we binnen Leppenheim met het privacy beleid omgaan.

### *Terugdringen administratieve lasten*

In 2021 willen we de mogelijkheden met betrekking tot het digitale dossier gaan uitbreiden met de volgende toepassingen:

- Mic meldingen
- Levensloop
- Zorgpad stervensfase
- BEM score
- Uitvoeringsverzoeken
- Kwaliteitsmonitor

Daarnaast is er in 2020 een inventarisatie onder medewerkers gehouden, ten aanzien van de door hun ervaren belastende administratieve handelingen. In 2021 wordt hier projectmatig gevolg aan gegeven, zodat we in dat jaar de administratieve druk kunnen verminderen. Er is op dit gebied ondersteuning aangevraagd bij Waardigheid en Trots op Locatie.

### *Strategisch ICT beleid*

Na aanleiding van de herhaalscan Kwaliteitskader is op het gebied van strategisch ICT beleid ondersteuning aangevraagd op dit gebied vanuit Waardigheid en Trots op Locatie, voor 2021.

### *Clienttevredenheid*

Het komende jaar is er extra aandacht aan Zorgkaart Nederland bij medewerkers, cliënten en familie besteed. Dit trekken we door naar 2021: twee keer per jaar gaan wij hen hier op attenderen, we voegen het invullen van deze zorgkaart toe aan bestaande structuren (checklist einde zorg), we reageren op de waarderingen en delen deze met medewerkers en Cliëntenraad.

Daarnaast onderzoeken we de mogelijkheid om kort cyclisch informatie over de tevredenheid bij cliënten op te halen, bijvoorbeeld door middel van het laagdrempelige instrument 'Tante Co'. Dit is een nieuw, digitaal meetinstrument waarmee op lokaal niveau gemeten kan worden wat er speelt onder cliënten. Hiermee is het mogelijk om direct hun leefomstandigheden te verbeteren. Via een interactief scherm in een van de ontmoetingsruimtes wordt een zuil geplaatst en kunnen cliënten hierop beoordelingen achterlaten.

### *Opnamecommissie*

In 2020 is er een start gemaakt met het in kaart brengen van het proces rondom een opname commissie met als doel om de informatievoorziening voorafgaande aan opname

te stroomlijnen en het proces rondom nieuwe opnames te verbeteren. Dit wordt in 2021 verder uitgewerkt.

*Informatie voor cliënten*

De schriftelijke informatie die aan (toekomstige) cliënten en familie verstrekt wordt, wordt geëvalueerd en herzien.

*Lerend netwerk*

Mienskipssintrum Leppehiem vormt samen met Hof en Hiem en Zorgcentrum 't Bildt een lerend netwerk in de vorm van kennis delingen en uitwisseling.



## Hoofdstuk 3 Verbeterparagraaf

Het monitoren van de kwaliteit items wordt als een structureel agendapunt in het overleg Leiderschapsteam opgepakt. De bronnen waaruit we putten voor het continu verbeteren van kwaliteit zijn de volgende:

- Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (in september 2020 heeft er een herhaalscan Kwaliteitskader plaatsgevonden. De uitkomsten zijn reeds verwerkt in dit kwaliteitsplan)
- Interne audits (november/december 2020, de uitkomsten hiervan worden in januari 2021 toegevoegd)
- KMS: middels het Kwaliteits Management Systeem (KMS) is per maand overzichtelijk op welk item gestuurd wordt
- Indien van toepassing: het Inspectierapport (de resultaten van het inspectiebezoek begin 2020 zijn inmiddels opgepakt en verbeteracties zijn uitgevoerd. Waar nodig zijn deze voor de borging in het acties voor 2021 verwerkt)

Verbeteritems die tijdens deze metingen naar voren komen, worden verwerkt in een plan van aanpak, welke besproken wordt in het Leiderschapsteam, en afhankelijk van het onderwerp ook in de OR, CR en VVAR. Het plan van aanpak wordt in hetzelfde kwartaal in gang gezet en in de volgende kwartalen gemonitord.

De verbeteritems zijn gebundeld per thema volgens de indeling van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en hieronder in kaart gebracht:



Zie bijlage 1 voor de planning van de hierboven weergegeven activiteiten.



## Bronnen

### Herhaalscan kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

In september 2020 heeft er een herhaalscan van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg plaatsgevonden. Hieronder zijn de resultaten inzichtelijk, inclusief de vergelijking met de nulmeting in december 2018. De verbeterpunten uit de herhaalscan zijn verwerkt in dit kwaliteitsplan.

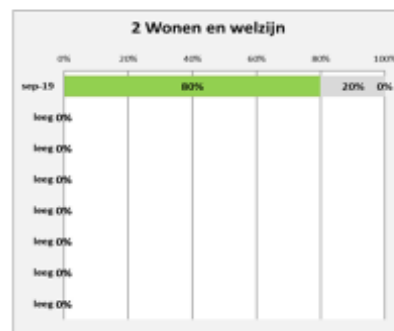
| Jaar                  | Thema 1: Persoonsgerichte zorg | Thema 2: Wonen en welzijn   | Thema 3: Veiligheid         | Thema 4: Leren en verbeteren | Thema 5: Leiderschap, governance management | Thema 6: Personeels samenstelling | Thema 7: Gebruik van hulpbronnen | Thema 8: Gebruik van informatie |
|-----------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|---|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <b>December 2018</b>  | Ernstige issues                | Aan dachtpunt               | Aan dachtpunt               | Ernstige issues              | Ernstige issues                             | Ernstige issues                   | Aan dachtpunt                    | Aan dachtpunt                   |
| <b>September 2020</b> | Op orde                        | Neutraal /Onduidelijk beeld | Neutraal /Onduidelijk beeld | Neutraal /Onduidelijk beeld  | Aan dachtpunt                               | Aan dachtpunt                     | Neutraal /Onduidelijk beeld      | Aan dachtpunt                   |

## Interne audits

De interne audits vinden in 2020 plaats in november en december. De uitkomsten hiervan zijn op dit moment nog niet bekend. Hieronder een voorbeeld van de terugrapportage interne audits, welke op teamniveau aangeleverd wordt.

## Voorbeeld audit uitslag per team

| ?  | audit 1<br>01-19 | audit 2 | audit 3 | audit 4 | audit 5 | audit 6 | audit 7 | audit 8 |
|--|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| <b>INSpraak</b><br>Iedere bewoner heeft inspraak in en afspraken over de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning.   | voortaan         |         |         |         |         |         |         |         |
| <b>PERSOONSGERICHTE ZORG</b><br>De wensen, behoeften, mogelijkheden en verwachtingen van de unieke bewoner zijn de basis voor het zorgplan. zie Betrokken Milieu(r)          | deels voortaan   |         |         |         |         |         |         |         |
| <b>EIGEN REGIE VAN DE CLIENT</b><br>De bewoner kan - binnen zijn mogelijkheden - zelf regie over leven en welbevinden voeren zie Betrokken Milieu(r)                         | deels voortaan   |         |         |         |         |         |         |         |
| <b>COMPASSIE</b><br>Bewoners ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld. zie Betrokken Wijze(r)                                 | ni et voortaan   |         |         |         |         |         |         |         |
| <b>INFORMEEL NETWERK</b><br>Bewoner wordt ondersteund om zijn informele netwerk in stand te houden of uit te breiden.  | deels voortaan   |         |         |         |         |         |         |         |
| <b>ZORGLEEFPLAN OP ORDE</b><br>Clientdossiers, zorgplannen en rapportage voldoen aan de richtlijnen en zijn op orde. (zie Verbetermeter Zorgleefplan en document Zorgproces) | ni et voortaan   |         |         |         |         |         |         |         |
| <b>METHODISCH WERKEN</b><br>Zorgverleners werken methodisch en dit is terug te zien in het clientdossier. [zie Methodemeter Basisdocument]                                   | ni et voortaan   |         |         |         |         |         |         |         |
| <b>MULTIDISCIPLINAIR WERKEN</b><br>Er wordt volgens document Zorgproces gewerkt en minimaal 2x per jaar wordt het ZLP besproken.   | deels voortaan   |         |         |         |         |         |         |         |



## Kwaliteits Management Systeem (KMS)

Binnen het KMS hebben we een jaarplanning gemaakt voor 2021 op de drie grote pijlers waarop we sturen:

- Kwaliteit
- Medewerkers
- Organisatie

Per pijler is aangegeven op welk onderdeel er wanneer en hoe vaak gestuurd wordt. Deze planning is structureel onderdeel van de agenda van het Leiderschapsteam.

### KMS planning pijler "Kwaliteit"

| Planning 2021                                     | januari | februari | maart | april | mei | juni | juli | augustus | september | oktober | november | december |
|---|---------|----------|-------|-------|-----|------|------|----------|-----------|---------|----------|----------|
| Scan Kwaliteitskader                              |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Audits op basis van Kwaliteitskader               |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Interne audits Aandachtvelders                    |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Opvolging en analyse Klacht- en incidentmeldingen |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Kwaliteit Verbeter Cyclus in teams                |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Zorgkaart Nederland                               |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Prem Wijkverpleging                               |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Indicatoren Basisveiligheid                       |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Kwaliteitshandboek: evaluatie documenten          |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Thema maanden Veiligheidsthema's                  |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Mic/Mim meldingen bespreken per team              |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Kwartaal rapportage trends mic/mim meldingen      |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Check op Leefzorgplannen op orde                  |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Check op WZD registratie/naleving afspraken       |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Afdelingsbezoeken WZD klachtenfunctionaris        |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Kwaliteitsplan                                    |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Kwaliteitsverslag                                 |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |

### KMS planning pijler "Medewerkers"

| Planning 2021                         | januari | februari | maart | april | mei | juni | juli | augustus | september | oktober | november | december |
|---------------------------------------|---------|----------|-------|-------|-----|------|------|----------|-----------|---------|----------|----------|
| ZZP formatie tool checken             |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Kwartaal rapportage ZZP formatie tool |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Scholingen volgens scholingsplan      |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Abonnement Kennisplein Nursing        |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Care for Level                        |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Ontwikkelgesprekken                   | 10%     | 10%      | 10%   | 10%   | 10% | 10%  |      |          | 10%       | 10%     | 10%      | 10%      |
| MTO (drie jaarlijks)                  |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Medewerkerbijeenkomsten               |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |
| Overleg VVAR met bestuurder           |         |          |       |       |     |      |      |          |           |         |          |          |

### KMS planning pijler "Organisatie"

| Planning 2021                               | januari                        | februari | maart | april | mei | juni | juli | augustus | september | oktober  | november  | december |
|---|--------------------------------|----------|-------|-------|-----|------|------|----------|-----------|----------|-----------|----------|
| Kwartaal gesprekken leidinggevenden         |                                |          |       |       |     |      |      |          |           |          |           |          |
| Jaarekeningen Leppehiem & De Boarn          |                                |          |       |       |     |      |      |          |           |          |           |          |
| Begrotingen Leppehiem & De Boarn            |                                |          |       |       |     |      |      |          |           |          |           |          |
| Kwaliteitsbudget                            |                                |          |       |       |     |      |      |          |           |          |           |          |
| WLZ budget en declaraties                   |                                |          |       |       |     |      |      |          |           |          |           |          |
| Financieel overzicht Leppehiem per maand    |                                |          |       |       |     |      |      |          |           |          |           |          |
| Financieel overzicht De Boarn per kwartaal  |                                |          |       |       |     |      |      |          |           |          |           |          |
| Aanbesteding wijkverpleging&ELV             |                                |          |       |       |     |      |      |          |           |          |           |          |
| Aanbesteding WMO                            |                                |          |       |       |     |      |      |          |           |          |           |          |
| RI&E  |                                |          |       |       |     |      |      |          |           |          |           |          |
| BHV opleidingen                             |                                |          |       |       |     |      |      |          |           |          |           |          |
| HACCP/Veilig voedsel                        |                                |          |       |       |     |      |      |          |           |          |           |          |
| Controle zwembad water (2x dgs + mnd. WLN)  |                                |          |       |       |     |      |      |          |           |          |           |          |
| Controle blusmiddelen                       |                                |          |       |       |     |      |      |          |           |          |           |          |
| Controle verwarmingsketel                   | Periodieke inspectie 1x p 2 jr |          |       |       |     |      |      |          |           |          |           |          |
| Controle koelingen                          | Periodieke inspectie 1x p 2 jr |          |       |       |     |      |      |          |           |          |           |          |
| Controle legionella (wekelijks, via Tapper) |                                |          |       |       |     |      |      |          |           |          |           |          |
| Inspectie/controle brandmeldinstallatie     |                                |          |       |       |     |      |      |          |           | controle | inspectie |          |
| Inspectie/controle liften                   |                                |          |       |       |     |      |      |          |           |          |           |          |
| NEN Keuring apparaten                       | 1x p 2 jr                      |          |       |       |     |      |      |          |           |          |           |          |
| Keuring hulpmiddelen                        |                                |          |       |       |     |      |      |          |           |          |           |          |

## **Bijlage 1: Planning acties Kwaliteit 2021**

Zie blz. 21 en verder

## Planning acties Kwaliteit 2021

|   | Q1 2021 | Q2 2021 | Q3 2021 | Q4 2021 |
|---|---------|---------|---------|---------|
| <b>Persoonsgerichte zorg</b>  |         |         |         |         |
| <b>Borging scholing contactverzorgenden</b><br>(check op LZP, risicosignalering, wensen/behoefte, welzijn, rapporteren op doelen en op welzijn, betrekken client(vertegenwoordiger) bij LZP, mondzorg in LZP) | Yellow  | Yellow  | Green   |         |
| <b>Levensgeschiedenis in zorgleefplan</b>   | Yellow  | Yellow  | Green   |         |
| <b>Wonen en Welzijn</b>   |         |         |         |         |
| <b>Doorontwikkeling huiskamers</b>  | Yellow  | Yellow  | Yellow  | Green   |
| <b>Inzet welzijnscoaches op de afdeling</b>   |         |         |         |         |
| <b>Digitale clientagenda is gevuld</b>  | Yellow  | Green   |         |         |
| <b>Zinvolle dag voor elke client in beeld</b>   | Yellow  | Green   |         |         |
| <b>Leefruimtes passend bij de doelgroep</b>   | Yellow  | Yellow  | Yellow  | Green   |
| <b>Snoezelruimte structureel in gebruik</b>   | Yellow  | Yellow  | Green   |         |
| <b>Samenwerking met vrijwilligers</b>   | Yellow  | Yellow  | Yellow  | Green   |
| <b>Project Eten en Drinken</b>  | Yellow  | Yellow  | Yellow  | Green   |
| <b>Aandacht voor levensvragen</b>   | Yellow  | Yellow  | Green   |         |
| <b>Familieparticipatie</b>  | Yellow  | Yellow  | Yellow  | Green   |
| <b>Veiligheid</b>   |         |         |         |         |
| <b>BEM, Toedienlijst en Actueel Medicatie Overzicht zijn actueel</b>  | Yellow  | Yellow  | Yellow  | Green   |
| <b>Wet Zorg en Dwang op alle afdelingen en Oars geïmplementeerd</b>   | Yellow  | Yellow  | Green   |         |
| <b>Bevoegd en Bekwaam</b>   | Yellow  | Yellow  | Yellow  | Green   |
| <b>Kledingbeleid (duidelijkheid over schoenen, waar omkleden)</b>   | Yellow  | Yellow  | Green   |         |
| <b>HACCP (onder andere openingsdatum op voedsel huiskamers)</b>   | Yellow  | Green   |         |         |
| <b>Aandachtsvelders in elk team</b>   | Yellow  | Green   |         |         |
| <b>Thema maanden (aandachtsvelden)</b>  | Yellow  | Green   |         |         |
| <b>Palliatieve zorg (kennisoverdracht)</b>  | Yellow  | Green   |         |         |
| <b>Valpreventie (val risico inventarisatie implementeren, ergocoaches in stelling)</b>  | Yellow  | Yellow  | Green   |         |

|   |        |        |        |       |
|---|--------|--------|--------|-------|
| Hygiëne- en infectiepreventie                       | Orange | Green  | White  | White |
| Melden MIC in digitaal systeem                      | Orange | Orange | Orange | Green |
| MIC bespreken in teams                              | Orange | Green  | White  | White |
| <b>Leren en verbeteren</b>                          | White  | White  | White  | White |
| Vervolgscan Kwaliteitskader                         | White  | White  | Orange | Green |
| Coach rol Verpleegkundigen                          | Orange | Orange | Orange | Green |
| Werken/overleg volgens pdca cyclus                  | Orange | Orange | Orange | Green |
| Team ontwikkelplan per team                         | Orange | Orange | Green  | White |
| Interne audits                                      | White  | White  | Orange | Green |
| Werken met Kwaliteit Verbeter Cyclus (KVC)          | Orange | Orange | Green  | White |
| Kwaliteitsdialoog (VP-Man. Zorg en Welzijn)         | Orange | Orange | Orange | Green |
| <b>Leiderschap</b>                                  | White  | White  | White  | White |
| Vervolg meelopen bestuurder                         | Orange | Orange | Orange | Green |
| Sturen op Kwaliteit (KMS)                           | Orange | Orange | Orange | Green |
| Invloed uitoefenen op beleid (medewerkers/cliënten) | White  | White  | Orange | Green |
| VVAR inbreng RvB                                    | Orange | Orange | Orange | Green |
| Doelgroepenbeleid                                   | Orange | Orange | Green  | White |
| <b>Personeelssamenstelling</b>                      | White  | White  | White  | White |
| Scholing  | Orange | Orange | Orange | Green |
| Intervisie  | Orange | Orange | Orange | Green |
| Voldoende personeel                                 | Orange | Orange | Orange | Green |
| ZZP formatietool in teams                           | White  | Orange | Orange | Green |
| Eigenaarschap in elke functie                       | Orange | Orange | Orange | Green |
| Teamjaargesprek                                     | White  | White  | Orange | Green |
| 360 graden feedback                                 | White  | White  | Orange | Green |
| Tijdige werving vakantiekrachten                    | Orange | Green  | White  | White |
| <b>Gebruik van hulpbronnen</b>                      | White  | White  | White  | White |
| Werkwijzen/procedures herzien                       | Orange | Orange | Orange | Green |

|   |        |        |        |        |
|---|--------|--------|--------|--------|
| <b>Hulpmiddelen</b> (nieuw beleid, vervanging)                            | Orange | Orange | Green  | White  |
| <b>Arbeidsbesparende technologie</b>                                      | Orange | Orange | Orange | Green  |
| <b>Domotica</b> (proces en kwaliteit systeem)                             | Orange | Orange | Orange | Green  |
| <b>Gebruik van informatie</b>   | White  | White  | White  | White  |
| <b>Privacy beleid</b> (o.a. persoonsgegevens op medicatie, routebriefjes) | Orange | Green  | White  | White  |
| <b>ONS uitbreiden</b>   | Orange | Orange | Green  | White  |
| <b>5 minuten registratie wijkverpleging</b>                               | White  | Orange | Orange | Green  |
| <b>Opname commissie</b>   | Orange | Orange | Green  | White  |
| <b>Lerend netwerk</b> (voor iedereen)                                     | White  | White  | Orange | Green  |
| <b>Clientwaardering (Zorgkaart NL en Tante Co)</b>                        | White  | Orange | White  | Orange |
| <b>Beperking administratieve lasten</b>                                   | Orange | Orange | Orange | Green  |
| <b>Strategisch ICT beleid</b>   | Orange | Orange | Green  | White  |